

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

THÈSE

N°

1444

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

Jean-Isaac WORM

Née le 1^{er} Novembre 1905, à SILEC-BIENKOW (Pologne)

Remarques sur deux cas
de septicémie hémolysante
à perfringens
après avortement

Président : M. LEVY-SOLAL, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1939

4341

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

Jean-Isaac WORM

Née le 1^{er} Novembre 1905, à SILEC-BIENKOW (Pologne)

Remarques sur deux cas
de septicémie hémolysante
à perfringens
après avortement

Président : M. LEVY-SOLAL, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1939

I. — Professeurs

Anatomie.	MM. ROUVIERE. Léon BINET. STROHL. POLONOVSKI. Robert DEBRE. BRUMPT. BAUDOUIN. PASTEUR-VAL- LERY-RADOT. MONDOR. LEROUX. CHAMPY. TIFFENEAU. AUBERTIN. TANON. BALTHAZARD. LEVY-VALENSI. Henri BENARD. CHIRAY. ABRAMI. FIESSINGER. LOEPER. RATHERY. LEREBOUTLET. NOBECOURT. LAIGNEL- LAVASTINE. GOUGEROT. GUILLAIN. LEMIERRE. CUNEO. GOSSET. GREGOIRE. LENORMANT. VELTER. CHEVASSU. COUVELAIRE. JEANNIN. LEVY-SOLAL. MOCQUOT. OMBREDANNE. HARVIER. LEMAITRE. Pierre DUVAL. VILLARET. TROISIERS. MATHIEU. LAUBRY. Clovis VINCENT. N... HAZARD. MULON. OLIVIER. SANNIE. VERNE.
Physiologie.	
Physique médicale.	
Chimie médicale.	
Bactériologie.	
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	
Pathologie et thérapeutique générales.	
Pathologie médicale.	
Pathologie chirurgicale.	
Anatomie pathologique.	
Histologie.	
Pharmacologie et matière médicale.	
Thérapeutique.	
Hygiène et médecine préventive.	
Médecine légale.	
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	
Pathologie expérimentale et comparée.	
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	
Clinique médicale.	
Hygiène et clinique de la première enfance.	
Clinique des maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	
Clinique des maladies du système nerveux.	
Clinique des maladies infectieuses.	
Clinique chirurgicale.	
Clinique ophtalmologique.	
Clinique urologique.	
Clinique d'accouchements.	
Clinique gynécologique.	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	
Clinique thérapeutique médicale.	
Clinique oto-rhino-laryngologique.	
Clinique thérapeutique chirurgicale.	
Clinique propédeutique.	
Clinique de la Tuberculose.	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.	
Clinique cardiologie.	
Clinique de neuro-chirurgie.	
Assistance médico-sociale.	
Professeurs sans chaire.	

II. — Agrégés en exercice

MM. AMELINE Pathologie chirurgicale. BARIETY Pathologie médicale. BERNARD Et.. Pathologie médicale. BESANÇON (J.) Hydrologie. BONNET Bactériologie. BOULANGER ... Chimie. BOULIN Pathologie médicale. BROUET Pathologie médicale. BULLIARD Histologie. CACHERA Pathologie médicale. CORDIER Anatomie. COSTE Pathologie médicale. COUVELAIRE (R.) Urologie. DELARUE Anatomie pathologique. DELAY Pathologie médicale.	MM. DEGREZ (H.).. Physique. DESOLLE Médecine légale. DIGONNET Obstétrique. DOGNON Physique. FEVRE Pathologie chirurgicale. FUNK- BRENTANO.. Pathologie chirurgicale. GALLIARD Parasitologie. GARCIN Pathologie médicale. M ^{lle} GAUTHIER- VILLARS.. Anatomie pathologique. GAYET Physiologie. DE GENNES Pathologie médicale. GIROUD Histologie. HAGUENAU Pathologie médicale.
--	--



MM.	
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LENEGRE	Pathologie médicale.
LEVY (M ^{me} J.)..	Pharmacologie.
MARCHAL	Pathologie médicale.
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.

MM.	
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgicale.
PETIT- DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
SICARD	Pathologie chirurgicale.
SOULIE	Pathologie médicale.
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
QHAILEY- BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.

MM.	
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU- LEMAIRE	Parasitologie.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.
BRULE	
CATHALA	
CHABROL	
CHEVALLIER..	
DONZELOT	
DUVOIR	
GASTINEL	
HUGUENIN	
LAROCHE (G.).	
LIAN	
MOREAU	
PIEDELIEVRE.	
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique chirurgicale.
BROCQ	
CADENAT	
GATELIER	
DE GAUDART- D'ALLAINES.	
LEVEUF	
MOULONGUET.	
MOURE	
QUENU	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEILL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

JE DÉDIE CETTE THÈSE

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

*Humble témoignage de mon immense
amour filial.*

A MA PETITE SŒUR ET A MON FRÈRE

*Deux êtres chers qui, par leur amour et
les services qu'ils m'ont rendus, m'ont aidé
à lutter dans la vie.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEVY-SOLAL

Accoucheur de l'Hôpital Saint-Antoine

*Qui nous a fait l'honneur de présider cette
thèse. Qu'il trouve ici un témoignage de
notre profond respect.*

A MON CHER ET VÉNÉRÉ MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DESMAREST

Chirurgien de l'Hôpital Ambroise-Paré

*Qui m'a guidé et conseillé au cours de
mes études et à qui je dois tout. Je le prie
respectueusement de croire à ma profonde
reconnaissance et à tout mon dévouement.*

A TOUS MES MAÎTRES DES HÔPITAUX DE PARIS

INTRODUCTION

Pendant les sept années consécutives pendant lesquelles nous avons eu l'honneur de travailler dans le service de notre Maître, le Docteur DESMAREST, à l'hôpital Ambroise-Paré, il nous a été donné d'observer un grand nombre d'avortements.

La cause de la mort après l'avortement est, dans la plupart des cas, une septicémie. Le staphylocoque doré, le streptocoque, et le plus rarement le bacille perfringens, sont les agents infectieux le plus souvent notés dans les observations.

De ces différentes septicémies, l'une a été plus particulièrement individualisée, c'est la septicémie hémolysante à perfringens si parfaitement décrite par le Professeur MONDOR dans son livre sur les avortements mortels.

Dans le cours de l'année 1938, nous avons étudié deux cas de cette variété de septicémie post-abortum. L'une de ces deux femmes nous offrit le tableau complet du syndrome de septicémie hémolysante à perfringens, alors que chez l'autre malade les premiers symptômes furent ceux d'une hémolyse qui prit peu à peu l'allure d'une septicémie à perfringens. Or, la première malade succomba quarante-huit heures après

son entrée dans le service, alors que la seconde a guéri parfaitement et totalement.

Ces deux cas, qui nous ont beaucoup frappé, nous ont conduit à reprendre l'étude de cette question et à rechercher si, dans les infections post-abortum, le *perfringens* n'était pas, beaucoup plus souvent qu'on ne le pense, à la base des accidents que présentent ces malades. ↘

Pour pouvoir établir un tel diagnostic, il nous semble important d'insister sur la nécessité d'une étude clinique très poussée des malades à leur entrée, d'une recherche bactériologique immédiate qui permette d'établir une thérapeutique logique et efficace.

EXAMEN CLINIQUE

Une femme, après une tentative d'avortement, nous est amenée avec tous les signes d'une infection à perfringens. Le diagnostic en est aisé. Suivant l'heureuse expression du Professeur MONDOR, il s'agit essentiellement d'un « diagnostic de couleur ».

- Téguments plus ou moins jaunes, suivant l'intensité de l'ictère.
- Urines d'un rouge plus ou moins accusé, pouvant aller jusqu'à la teinte porto et même jusqu'au noir, suivant la quantité de sang qu'elles contiennent ;
rouges quand seule l'hémoglobine les colore,
noires, lorsqu'il existe du sang.
- Sang d'aspect laqué lorsque l'hémoglobine est dissoute dans le sérum.

Devant ces signes objectifs que complète l'aspect général de la femme, avant tout une étude bactériologique de la flore vaginale et du cervix s'impose. Elle est d'autant plus aisée que localement les écoulements plus ou moins fétides sont un signe de présomption. Mais s'il advenait que les pertes fussent plus importantes, les prélèvements vaginaux et cervicaux ne manqueraient pas de constater la présence de perfrin-

gens rarement isolé, mais toujours rapidement décelable sur milieu anaérobie.

En résumé, dans tous les cas de septicémie post-abortum, existent :

1°) Une infection locale qui diffuse plus ou moins rapidement qui, ici comme partout ailleurs, frappe et sidère l'organisme avec d'autant plus d'intensité que la résistance du sujet est plus faible ;

2°) Une altération de certains parenchymes et partant une perturbation de certaines fonctions qui mettent rapidement l'organisme en danger.

Dans l'infection par le *perfringens*, les organes les plus atteints sont le cœur, le foie et le rein.

De ce simple exposé découle logiquement une thérapeutique double qui, en même temps qu'elle s'attaque localement au foyer d'infection, doit agir conjointement sur les points menacés pour renforcer la résistance de l'individu.

C'est sur ce double tableau qu'il faut jouer. Mais pour y réussir, il importe de lutter, sans arrêt, nuit et jour, prêt à parer à toute éventualité et à modifier la thérapeutique suivant les réponses organiques obtenues.



Comment peut-on lutter contre les infections à *perfringens* ?

Le Professeur Mondor a tout à fait raison, lorsqu'il écrit que le succès est dû à la thérapeutique employée, mais il faut ajouter qu'il est également subordonné

au moment où la malade nous est confiée. Le temps écoulé entre la manœuvre abortive et l'expulsion partielle du fœtus, d'une part, entre l'apparente perte plus ou moins abondante qui marque pour la femme l'espoir de la délivrance et son entrée à l'hôpital, d'autre part, est un facteur essentiel. Reprenons nos deux observations ; dans l'une, la tentative d'avortement est du 9 juillet. Pendant trois jours, deux hémorragies qui tranchent sur les pertes continues minimales et noirâtres, ont débuté aussitôt après l'injection d'un produit dont la malade ne veut pas nous avouer la nature. Ce n'est que le quatrième jour, après l'accident, qu'elle arrive jusqu'à nous.

La seconde malade, dont l'état est d'emblée plus sérieux, puisqu'elle présente l'aspect d'un ictère très foncé, diarrhée hémorragique, alors que notre première malade avait juste un léger subictère des conjonctives et un état général satisfaisant, a fait sa tentative d'avortement vingt-quatre heures auparavant.

La première malade succomba, alors que la seconde fut guérie.

En réalité, si l'on analyse ces deux observations, on se rend compte que l'altération hépatique et l'atteinte rénale étaient déjà très profondes chez notre première malade. Le foie, notons-nous, le quatrième jour, était considérablement hypertrophié. Dépasant de sept travers de doigt le rebord costal, le foie dont on pouvait suivre le bord inférieur présentait un lobe gauche accessible, à gauche de la ligne médiane, sur une hauteur de 3 à 4 travers de doigt.

L'hépatite infectieuse était déjà très importante. Aussi bien le palper était-il très douloureux, provoquant un réflexe nauséux.

Sans doute notre seconde malade avait-elle un parenchyme hépatique atteint en vingt-quatre heures, puisque le bord inférieur dépassait de deux travers de doigt le rebord inférieur des fausses-côtes, mais aucune sensibilité à la pression.

De même, pour le rein. La palpation des fosses rénales est si douloureuse, qu'on ne peut pas déterminer l'hypertrophie rénale certainement importante chez notre première malade

Rien de semblable dans le second cas. Sans doute, la malade n'a pas uriné depuis vingt-quatre heures et la sonde ramène 150 grammes de liquide noir. Les reins sont bloqués par une intense congestion, mais l'altération en est à son stade initial.

L'état du cœur et du système artériel, étudiés comparativement, nous ont montré également une différence dans l'étendue des lésions — mais nous n'avons comme méthodes d'étude courante que la rapidité et les qualités du pouls ainsi que l'état de la tension artérielle.

Cette rapide étude s'imposait avant l'exposé de la thérapeutique, car elle nous montre clairement que s'il ne faut pas désespérer, même dans des cas très graves en apparence, il est parfois impossible de sauver de telles malades. Cela est si vrai, que notre succès vient s'ajouter à un nombre très minime de guérisons, si nous en croyons ce que nous avons recueilli de nos

lectures, puisque ce nombre atteindrait environ le chiffre de 12. Mais nous nous hâtons d'ajouter qu'il est possible que d'autres cas heureux n'aient pas été connus de nous ou n'aient pas fait l'objet d'une publication.

Comme nous l'avons dit, la thérapeutique doit être conduite suivant un double objectif :

- attaquer la lésion locale ;
- renforcer les défenses organiques, c'est-à-dire lutter contre la septicémie à perfringens.

CONDUITE A TENIR DU COTE GENITAL

Il est bien difficile d'établir une règle générale ; ce sont là des questions d'espèces. Le problème se pose entre la simple désinfection locale, le curage digital et l'hystérectomie.

Il nous semble que, logiquement, l'hystérectomie doit être rejetée. Prenons notre premier cas et étudions sans complaisance notre conduite, en nous demandant si nous avons agi au mieux. Que constatait-on localement chez notre malade le quatrième jour ? Au toucher : le col est dur, légèrement entr'ouvert, le corps utérin est de volume normal, les culs-de-sac ne sont pas douloureux.

Nous estimâmes que toute action locale était contre-indiquée. Peut-être eût-il été plus logique de soumettre cette cavité utérine à un drainage permettant

d'introduire goutte à goutte une substance antiseptique ? Mais en tout cas, toute thérapeutique traumatisante, tel que le curettage et « a fortiori » toute activité chirurgicale plus brutale nous a paru ne pas se discuter. L'autopsie nous démontra le bien fondé de notre opinion. L'utérus était de volume normal et contenait aucun débris placentaire.

Combien différente était la conduite à tenir chez notre deuxième malade. Le col est mou, légèrement ouvert. Le corps utérin dépasse de quatre travers de doigt le bord supérieur de la symphyse pubienne. Son volume, sa sensibilité nous étaient la preuve qu'il fallait d'urgence vider cet utérus de son contenu. Nous n'hésitâmes pas, malgré la gravité des signes rénaux et hépatiques, à faire endormir la malade au protoxyde d'azote et à pratiquer un curage digital qui nous permit de ramener le reste du placenta gangréné. Ces débris contenaient une grande quantité de bacilles *perfringens*.

Notre curage, pour peu traumatisant qu'il ait été, fut suivi d'un frisson violent et solennel, durant un quart d'heure, et rappelant celui de la pneumonie lobaire franche aiguë.

Nous nous tenions prêts à faire plus, à enlever l'utérus si l'état s'était aggravé, mais un tel acte chirurgical eût été pour nous un acte suprême, en face d'une situation plus qu'alarmante.

Qu'on nous permette de souligner, en passant, la valeur de l'anesthésie au protoxyde d'azote-oxygène, dans ces cas graves et d'insister sur sa grande sécu-

rité, lorsque l'atteinte des cellules hépatiques et rénales les rend plus vulnérables encore à toute autre anesthésie. Grâce à elle, nous avons pu assurer une évacuation totale de l'utérus sans imposer à notre malade la moindre souffrance et sans risques pour elle.

La lutte qu'il faut entreprendre, dès l'arrivée de la malade, pour triompher de l'infection générale et de l'atteinte organique qui en résultent est de deux ordres. Elle doit naturellement s'adapter aux conditions particulières de chaque malade, mais elle comporte toutefois quelques données essentielles qui méritent d'être soulignées.

L'état du pouls et surtout l'état tensionnel requièrent l'emploi de toni-cardiaques : huile camphrée, caféine, coramine, etc., il n'y a là rien de particulier.

L'élévation de température, les frissons, l'atteinte hépatique et rénale ne laissent aucun doute sur la toxémie qu'entraîne le passage dans le sang du bacille perfringens. La confirmation en est fournie par l'hémoculture qui ne devra jamais être différée.

Mais nous insistons sur ce point, qu'il ne faut jamais attendre le résultat de l'hémoculture pour entamer le combat contre l'infection. Chaque heure est une position livrée à l'ennemi. Elle est marquée par l'aggravation progressive des lésions générales et organiques.

Notre première observation en est la preuve, et pour avoir attendu le résultat de l'hémoculture, nous avons fait perdre à notre malade les quelques chances qu'elle pouvait avoir de résister. Il faut regarder en face les

fautes commises. Arrêtons-nous sur chaque point de cette observation.

Tout d'abord soulignons, à nouveau, le temps écoulé entre les manœuvres abortives et l'aggravation des symptômes qui déterminent l'entrée à l'hôpital, soit quatre jours. Ceci était un signe de présomption en faveur de la gravité du cas. Mais il est un symptôme qui aurait dû d'emblée nous alarmer : c'était *la teinte subictérique des conjonctives*.

Nous nous laissons impressionner au contraire par l'excellent état apparent de la malade et nous mettons sur le compte de l'avortement qui vint de s'achever, la température à 40° et le pouls à 120. Cependant la malade vomissait et une diarrhée abondante signait la lutte de l'organisme contre une intoxication que l'état hépatique et rénal confirmaient.

Nous fûmes en réalité, et à tort, rassurés par l'état local et, pensant qu'il s'agissait d'une infection streptococcique, nous instituâmes un traitement au Rubiazol.

Dans les vingt-quatre heures suivantes, pendant que les tubes après ensemencement étaient enfermés dans l'étuve et que les cultures sur gélose Weillon s'apprêtaient à nous fournir de petites colonies punctiformes, sans dégagement gazeux, dont la morphologie était celle du *perfringens*, la situation s'était considérablement aggravée. Tout d'abord, l'apparition de grands frissons avec claquement des dents qui se répétèrent à plusieurs reprises ; au cours du frisson, une hémoculture fut pratiquée qui, après vingt heu-

res, donna d'abondantes colonies de *perfringens* et de *staphylocoques*.

Le sang recueilli pour l'hémoculture ne paraissait pas présenter les caractères du sang laqué, les prises de Rubiazol semblaient être la cause de la teinte un peu particulière du sérum.

Le sang contenait une proportion très élevée de pigments biliaires. L'urine examinée sous microscope ne décelait pas la présence de cylindres. Toutes les hématies étaient altérées.

Nous retrouvâmes cette malade le lendemain à la visite, dans un état plus qu'alarmant. Prostrée, profondément asthénisée, ayant une certaine difficulté à ouvrir la bouche par suite d'une douleur au niveau de l'articulation temporo-maxillaire, soit par atteinte directe de l'article, soit plutôt du fait d'un début de parotidite qui semblait indiquer un gonflement bilatéral de cette région, notre malade présentait un ictère intense. Elle avait une certaine difficulté à avaler et ce signe, joint au trismus et à certaine raideur de la nuque, nous fit penser à la possibilité d'une infection tétanique surajoutée à la septicémie à *perfringens*.

Ajoutons enfin que les urines, sanglantes, étaient rares mais qu'une diarrhée incoercible s'était installée dans le cours de la nuit.

Comme on peut le penser, un tel état si alarmant, nous fit craindre la présence dans l'utérus d'un élément placentaire et nous n'hésitâmes pas à faire explorer la cavité utérine. La curette doucement maniée ramena quelques débris roussâtres. C'en fut assez

pour qu'on enregistrât, aussitôt après ce curage, un frisson d'une violence extrême. La cyanose du visage surtout apparente au niveau des lèvres, du nez et des ongles se généralisa puis s'atténua.

Pour recueillir le peu d'urines que la malade perdait, nous laissâmes à demeure une sonde vésicale. En 18 heures, on obtint 5 cm³ de sang et d'urine, aussi ne saurait-t-on s'étonner que le dosage de l'urée du sérum sanguin soit à un taux élevé : 2 gr. 36.

La gravité de l'état de notre malheureuse malade était inscrite dans sa formule sanguine. En six jours, le nombre des hématies est tombé à 2.500.000, car nous avons le droit de croire que chez cette jeune femme, avant toute manœuvre abortive, l'équilibre sanguin était normal.

La chute du taux de l'hémoglobine n'a pas été parallèle à la destruction globulaire, le taux de l'hémoglobine était de 60 %. Rappelons que l'aspect du sérum n'était pas en faveur d'une forte déficience de l'hémoglobine.

Quant à l'intensité de l'infection, rien ne saurait mieux la souligner que la formule blanche : 40.000 leucocytes et 87 % de polynucléaires. Une telle leucocytose traduit plus exactement encore la toxicité du processus infectieux que l'infection elle-même.

Au demeurant, il n'existait en aucun point une localisation infectieuse, il s'agissait donc bien d'une toxi-infection.

Aussi bien est-ce pour lutter contre elle que nous instituons une thérapeutique qui, outre le Rubiazol,

a pour but de porter secours aux organes déficients.

Le sérum physiologique (un litre), le sérum glucosé (un litre) ont pour but d'hydrater l'organisme et d'aider à la diurèse que l'eau lactosée cherche à stimuler.

Le chophytol intra-veineux, l'injection de 2 cm³ d'extrait hépatique tendent à parer à l'insuffisance de la cellule hépatique.

L'ouabaïne (1/8^e de milligramme) soutient le muscle cardiaque.

Malgré cette thérapeutique active, la lutte est inégale et, le lendemain, nous trouvons à la visite une malade dans un état extrêmement grave. Pendant la nuit, les douleurs de tête ont été d'une telle intensité que l'interne de garde a dû recourir au Sédol.

La malade est dans un état délirant, ses extrémités sont cyanosées et le visage lui-même, surtout au niveau du nez, participe à la même coloration. Raideur musculaire plus accentuée, dyspnée (32 respirations par minute) et une anurie presque complète. L'urée du sérum n'est que de 2 gr. 93, en augmentation faible mais due sans doute à la destruction progressive du tissu hépatique qui a libéré en masse les pigments biliaires teintant tous les téguments d'une couleur jaune intense.

Bien que le cas soit désespéré, sous protoxyde d'azote, le rein droit est abordé, il est énorme, d'aspect noirâtre. La capsule fibreuse est légèrement infiltrée. Pas trace de capsule adipeuse. La décapsulation facile est rapidement exécutée. Le tissu rénal est mou.

Un fragment est prélevé pour examen histologique.

A gauche, on répète la même opération. Même aspect, mais est-ce l'effet immédiat de la première dé-capsulation faite à droite, le rein gauche paraît saigner un peu plus.

Comme on le présumait, une telle opération faite dans de si déplorables conditions devait laisser une malade à l'extrême limite de sa résistance. Le pouls est imperceptible, lorsque la malade est remise dans son lit, la pression artérielle n'est plus mesurable, l'état délirant ne pouvait pas s'être modifié.

Nous pratiquons par voie intra-veineuse une instillation goutte à goutte de la solution suivante :

Sérum physiologique. 250 gr.

Sérum glucosé 250 gr.

2 ampoules d'Adrénaline.

2 ampoules de Spartéine.

Mais la polypnée s'accroît. Tout le corps se marbre de plaques noirâtres et la malade succombe après avoir reçu, suprême tentative, une injection intra-cardiaque d'adrénaline.

Objectivement, nous estimons que, dans ce cas, notre thérapeutique locale et générale a été trop tardive. Pour nous être appuyé avec trop de confiance sur les signes favorables que présentait notre malade à son arrivée, en n'accordant ni à l'ictère, ni à l'hypertrophie du foie, ni à l'atteinte rénale, l'importance que réclamait la souffrance des organes, nous avons laissé s'aggraver une situation qui réclamait plus qu'un traitement par les sulfamides, et surtout nous avons

négligé l'utérus en apparence normal, mais en réalité foyer de diffusion, d'essaimage du *perfringens*. Peut-être un drainage avec irrigation de la cavité utérine après curettage prudent nous aurait-il aidé à lutter plus efficacement contre la toxi-infection.

La décapsulation des deux reins, l'instillation de sérum intra-veineux auraient peut-être aidé à triompher de cet état si grave, si elles avaient été entreprises dès l'entrée.

Ce sont ces réflexions qui nous ont conduit dans le second cas, à ne plus nous laisser distancer par l'infection ; à ne pas attendre son développement pour tenter de la juguler.

Il est vrai que l'état local commandait un curage digital immédiat, parce que l'utérus était gros, mou, douloureux et contenait tout le placenta infecté, le col mou est ouvert et invite à continuer le toucher jusque dans la cavité utérine. Les culs-de-sac latéraux du vagin sont sensibles, d'où la crainte d'une infection déjà étendue à la base du ligament large et en particulier dans le système veineux.

De tels symptômes sembleraient indiquer la nécessité d'une hystérectomie, mais l'état général contre-indique tout acte chirurgical trop shockant. En effet, ce qui frappe quand on approche du lit de la malade, c'est la vue de l'ictère très foncé, presque vert et étendu à tous les téguments. Sur la face interne des cuisses, de petites plaques échymotiques de la dimension d'une pièce de 50 centimes. Les larges pétéchies

montrent l'altération du système capillaire du fait de l'infection.

Depuis vingt-quatre heures, la malade n'a pas uriné et une sonde introduite dans la vessie draine 150 gr. de sang noir.

Nous aurons bien montré la gravité de l'état général si nous ajoutons qu'avec une température à 39°, un pouls à 120, la malade a une tension artérielle à 9-5. Elle est en état de shock.

Enfin, depuis son arrivée, la malade a émis une série de selles diarrhéiques sanglantes.

C'est là vraiment un état qui rappelle celui des malades atteints d'ictère grave, avec en outre l'anamnèse d'un frisson solennel observé après l'entrée de la malade.

Devant un tel tableau, en présence d'un syndrome si angoissant, toute idée d'enlever l'utérus s'effaçait.

Mais il fallait immédiatement vider l'utérus de son contenu.

Anesthésie générale au protoxyde d'azote-oxygène. Tout le placenta est enlevé par un curage digital très méticuleux. Il ramène des débris placentaires et des fragments gangrénés. Il est suivi dès le réveil, qui fut comme toujours immédiat, d'un frisson solennel durant un grand quart d'heure.

En même temps que l'hémoculture pratiquée dès l'entrée, on recueillit du sang pour doser l'urée.

L'acte chirurgical local ayant été exécuté, sans attendre le résultat de l'hémoculture, instruit par notre première expérience, nous instituons le traitement

général suivant : en plus des injections d'huile camphrée classiques et du sérum glucosé sous-cutané, nous établissons d'emblée une sérothérapie antigangréneuse (90 cm³ de sérum anti-grangréneux dans 500 cm³ de sérum glucosé) et nous injectons dans une veine du pli du coude, en goutte à goutte, le liquide suivant :

Sérum physiologique.	2.500 gr.
Glucose.	120 gr.
Alcool à 60°	48 gr.

Toute la nuit la malade est soumise à une surveillance continue.

Vingt-quatre heures après son entrée à l'hôpital, sous l'influence de cette médication, légère amélioration de l'état général, la température est à 38°8 et le pouls à 98, la tension artérielle s'est élevée à 12-8.

Nous reprenons la même thérapeutique ; sérum anti-gangréneux et nouvelle injection intra-veineuse de la solution alcool-glucosée. Le premier résultat obtenu par cette médication fut une abondante diurèse. Dans l'après-midi, la malade émit plus d'un litre et demi d'une urine encore sanglante, riche en hémoglobine, contenant des pigments et des sels biliaires.

En même temps la diarrhée cessa.

Ce qui nous frappa également, ce fut l'amélioration très sensible de l'état général qui va s'accroissant pendant toute la journée. Elle fut telle, que, vers le soir, la malade réclama quelques aliments, ce qui lui fut naturellement refusé.

Vingt-quatre heures plus tard, la diurèse est nor-

male, mais l'urine reste riche en pigments et sels biliaires. Plus de sang ou à peine quelques hématies.

L'ictère est beaucoup moins accusé. Sa régression est nette. Plus de diarrhée.

La température et le pouls tendent vers la normale.

La tension artérielle est à 12-8.

Nous accédons au désir de notre malade qui prend du lait et un potage.

C'est à ce moment que le résultat de l'hémoculture nous est communiqué : culture pure de perfringens.

Deux jours après son entrée, nous avons la joie de voir notre malade atteinte d'une très grave septicémie à perfringens avec tous les signes d'un ictère hémolysant, tellement améliorée que nous pouvons espérer la guérir.

Malgré cela, nous poursuivons la même thérapeutique : troisième dose de sérum antigangréneux et troisième injection de la solution sérum-glucose-alcool.

Le lendemain, à notre grande surprise, c'est une malade guérie que nous retrouvons à notre visite. L'ictère n'existe qu'à peine, les urines sont abondantes et claires, sans trace de pigments ni de sels biliaires. La température et le pouls sont normaux, les fonctions digestives sont parfaites. La tension artérielle reste à 12-8. Comme toujours, le redressement de la tension a marqué le moment où la voie a bifurqué vers la guérison.

Nous laissons à la malade une ration de sérum physiologique d'un litre, mais nous nous contentons de l'introduire sous la peau.

Au début du sixième jour, après le déclenchement des accidents, nous avons le droit de considérer la malade comme guérie. Elle séjournera dans le service encore dix jours pour achever sa convalescence.

Nous avons revu à plusieurs reprises cette femme en excellente santé. Mère de quatre enfants, elle a failli payer de sa vie sa tentative d'avortement. Mais nous n'avons jamais pu obtenir d'elle l'indication du produit qui avait été introduit dans la cavité utérine. Elle a maintenu son affirmation qu'elle s'était fait avorter sans l'aide d'aucun liquide, avec une simple sonde. Elle a toutefois pris l'engagement de renoncer à jamais à de telles manœuvres, du moins nous l'a-t-elle dit.

L'étude de ces deux observations montre bien par leur confrontation, l'importance essentielle d'agir vite et énergiquement, dès que l'on pense à une septicémie à perfringens. En les juxtaposant, nous avons été conduit aux conclusions suivantes qui résument notre expérience personnelle.

CONCLUSIONS

I. — Après un avortement, l'infection générale par le *perfringens* se traduit toujours rapidement par l'apparition de l'ictère, la diminution de la quantité des urines qui contiennent du sang, la diarrhée sanglante, le grand frisson solennel, l'altération de l'état général et la rapide tendance que présente le syndrome ictéro-hémorragique à prendre les allures d'un ictère grave.

II. — Il ne faut pas attendre que la présence du *perfringens* ait été décelée soit dans l'écoulement sanguin vaginal, soit par hémoculture, pour lutter contre cette terrible infection.

III. — La première indication est locale : s'attaquer au foyer utérin par un curage digital très complet en s'aidant au besoin d'une curette mousse maniée légèrement. Le drainage de l'utérus avec irrigation utérine continue et lente est une bonne précaution.

L'hystérectomie ne saurait être indiquée que dans des cas exceptionnels, lorsque l'ictère et les hémorragies ne s'accompagnent pas d'emblée d'une grave altération de l'état général et lorsqu'à l'exploration endo-utérine la cavité ne paraît plus contenir que très peu de débris placentaires.

IV. — Les manœuvres opératoires réclament une anesthésie qui ne lèse en rien les organes. C'est dire l'excellence de l'anesthésie au Protoxyde d'Azote-Oxygène que nous recommandons comme la seule méthode non dangereuse. .

V. — Le traitement général sera entrepris aussitôt, outre le sérum glucosé et les toni-cardiaques classiques, pour lutter contre l'altération de l'état général, nous aurons recours d'emblée à la sérothérapie anti-gangréneuse par voie sous-cutanée et, si le cas était très grave, par voie intra-veineuse.

VI. — Enfin nous attirons l'attention sur l'emploi d'une instillation goutte à goutte intra-veineuse de deux à trois litres de sérum physiologique contenant du glucose et de l'alcool.

Nous affirmons que cette médication, répétée si besoin chaque jour, permettra d'obtenir des résultats inespérés.

Vu :

LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
LÉVY-SOLAL.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.



IMPRIMERIE SPECIALE
DE LA LIBRAIRIE
LOUIS ARNETTE





